

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR**

**NOM DE LA SOCIETE**

Nom :

Forme juridique :

Adresse Siège social :

Téléphone standard : E. mail…………………………………………………..

SIREN :

SIRET :

INSEE :

APE :

Registre du commerce : En date du :

Capital Social :

Nature de l’activité :

Nombre d’employés :

Origine des produits : France : …. % CEE : …. % Autres : …. %

**SYSTEME D’ASSURANCE QUALITE**

**SYSTEME D’ASSURANCE QUALITE**

**SYSTEME D’ASSURANCE QUALITE**

N° d’agrément ministériel : en date du :

Nom & Prénom, téléphone et mail du Responsable :

Nom &Prénom du Pharmacien Responsable :

N° d’inscription à l’Ordre : En date du : …………….….

Nom & Prénom, téléphone et mail du Responsable

Certification :

Nom de l’organisme notificateur :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**SYSTEME D’ASSURANCE QUALITE**

**SYSTEME D’ASSURANCE QUALITE**

Coordonnées bancaires (RIB/RIP) :

* • **Commandes** : Nom & Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Modalités liées aux commandes

**AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Pharmacovigilance Nom/Prénom Téléphone : … Mail

Responsable Logistique Nom/Prénom Téléphone : … Mail

Information Médicale Nom/Prénom Téléphone : … Mail

**Personne référente**  Nom/Prénom Téléphone : … Mail

***pour Santé publique France***

*(Interlocuteur opérationnel principal)*

*La fiche peut être complétée si plusieurs référents ont été désignés*